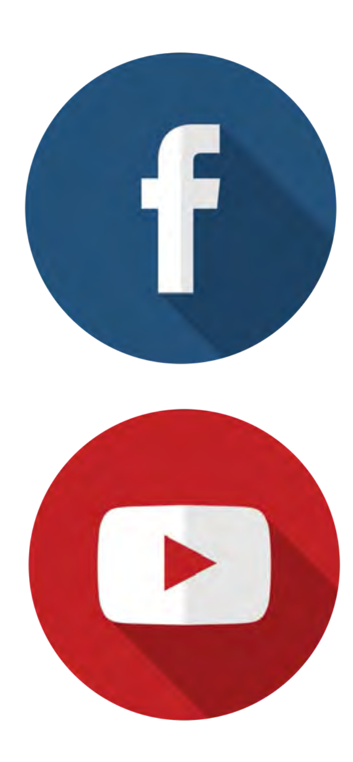
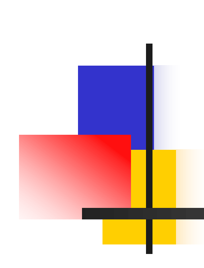
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







HOPITAL CENTRAL DE L'ARMEE
Service de médecine interne
Pr.D.LOUNIS



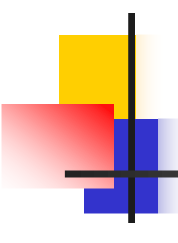
Les Ascites

Cours de sémiologie

3ème année de médecine

2016-2017

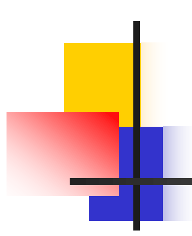
Dr .F BOUCELMA



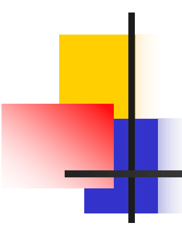
Introduction

- **Epanchement liquidien** dans la **cavité péritonéale** dû dans la majorité des cas à une **hépatopathie** et plus rarement à une **cardiopathie** ou une **atteinte péritonéale**

- **L'examen clinique, la ponction d'ascite** et les examens complémentaires (**échographie, laparoscopie** avec **biopsie**) sont les moyens fondamentaux du diagnostic

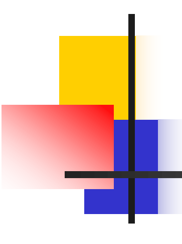


- **transsudation**: (trans, hors;sudare,suer) suintement d'un liquide au niveau d'une surface non enflammée et obéissant seulement à des lois mécaniques; résulte d'un déséquilibre entre p hydrostatique et p oncotique
- **Exsudat**:suintement d'un liquide serofibrineux à travers une muqueuse enflammée



Circonstances du diagnostic

- Augmentation progressive du volume de l'abdomen avec ou sans altération de l'état général
- Douleurs abdominales aigues : ascite d'installation rapide
- Chez le **cirrhotique** connu au décours d'une cause déclenchante
- Un des éléments d'un **anasarque**(insuffisance cardiaque, insuffisance rénale)



Physiopathologie

- **Facteurs locaux:**

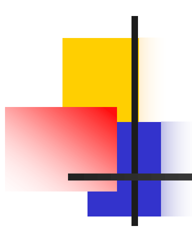
- L'hypertension portale: ↗ du **gradient de pression** hydrostatique entre le système porte et la cavité péritonéale

- Hypo albuminémie: ↘ de la **pression oncotique** du secteur plasmatique

HTP + Hypo albuminémie ⟶ **Transsudation**

- Augmentation de la perméabilité capillaire: **fuite protéique**

- Augmentation de la production **hépatique de lymphe**



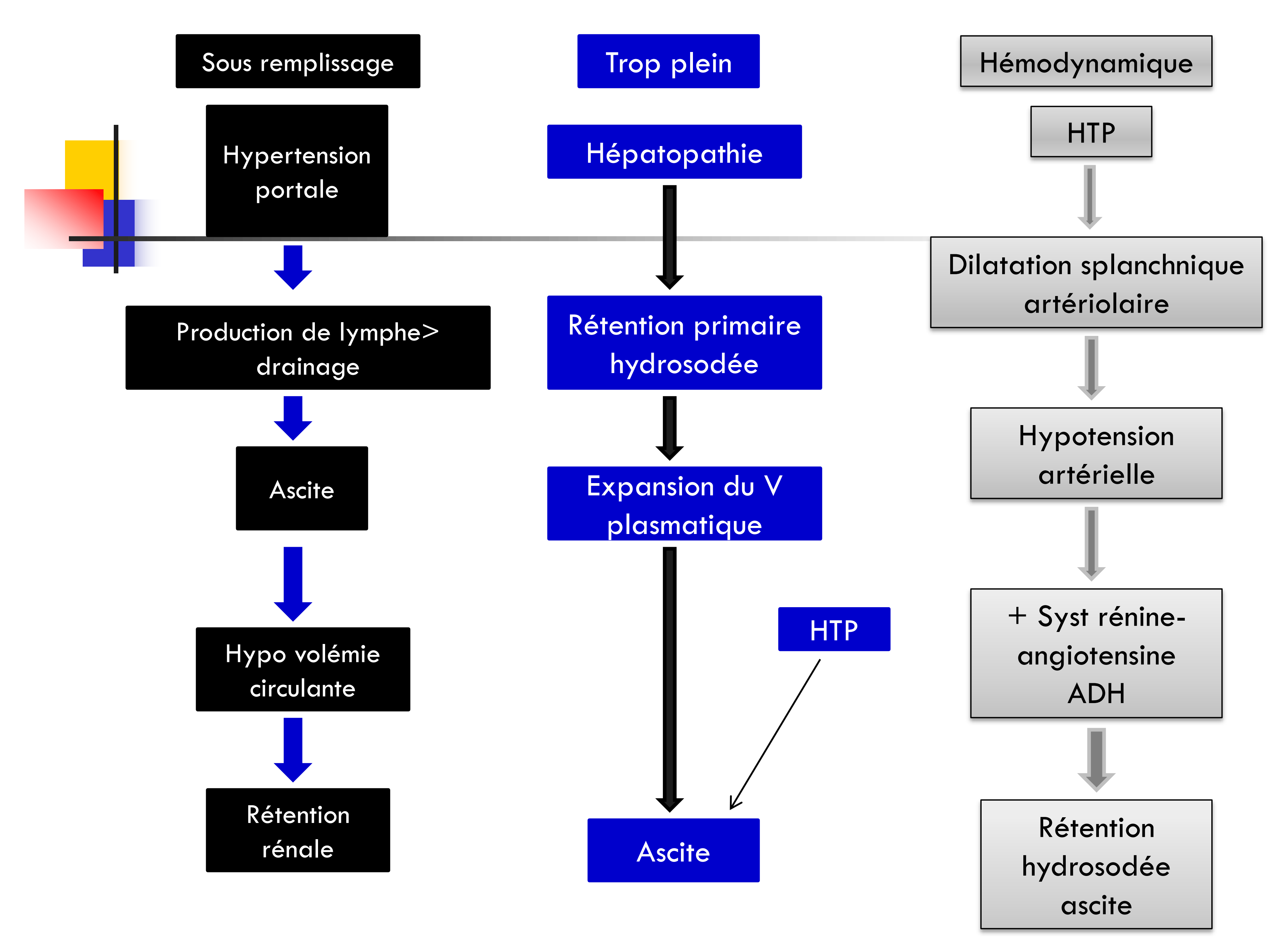
- **Facteurs généraux:**

- **Hyper absorption tubulaire distale** d'eau et de sodium

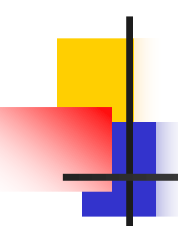
- **Hyper absorption tubulaire proximale**

- **Hypersécrétion d'ADH** à un stade tardif

L'association de facteurs locaux et de facteurs généraux est responsable de la formation d'ascite



Sous remplissage
Hypertension portale
Production de lymphe> drainage
Ascite
Hypo volémie circulante
Rétention rénale
Trop plein
Hépatopathie
Rétention primaire hydrosodée
Expansion du V plasmatique
HTP
Ascite
Hémodynamique
HTP
Dilatation splanchnique artériolaire
Hypotension artérielle
+ Syst rénine-angiotensine ADH
Rétention hydrosodée ascite

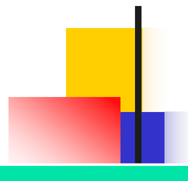


Diagnostic positif

CAS FACILES:

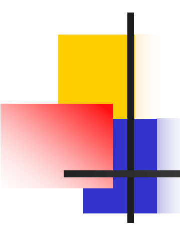
Ascite de grande ou de moyenne abondance

- du périmètre abdominal
- Matité déclive, hydrique, à limite supérieure concave vers le haut
- Signe du flot
- Signe du glaçon
- CDS renittents et bombes



Clinique

Type d'ascite	Signes fonctionnels
Petite abondance	Symptomatologie **pauvre,** douleurs abdominales rares
Moyenne abondance	-Augmentation du volume de l'abdomen -Elargir les vêtement -Sensation de **pression** ou de **tiraillement** au niveau des flancs - douleurs lombaires
Grande abondance	Dyspnée tableau bruyant oedeme par compression de VCI Palpitation Constipation Oligurie



Examen clinique

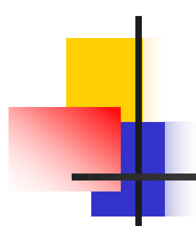
- **1)- Ascite libre de moyenne abondance**
- **Inspection:**

- Abdomen **distendu** de façon **symétrique**
- Sujet debout : abdomen en **obusier** (pointu en avant), en **besace(retombe)**
- Sujet couché : abdomen de **batracien**
- La peau est **lisse, tendue** et **amincie**
- L'ombilic est plus ou moins **déplissé**
- Une circulation **veineuse collatérale** est visible au niveau du rebord costal ou des flancs




Ventre rempli d'ascite
Circulation veineuse collatérale
Photo : Gwendal Galesne

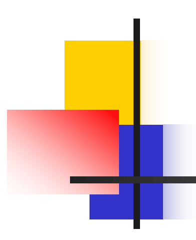




- **Palpation:**

Signe de glaçon:

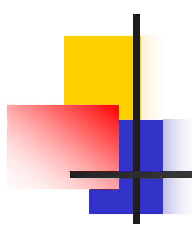
c'est le **choc en retour** perçu par la main de l'examinateur posée sur une région de l'abdomen ayant préalablement exercé une pression de cette région, le choc est du à la remontée du foie hypertrophié, d'une splénomégalie ou d'une tumeur abdominale



Signe de flot:

- C'est la transmission d'une **chiquenaude** donnée dans un flanc et perçue dans le flanc opposé par la main posée a plat de l'examinateur

- Cette manœuvre nécessite la présence d'un aide qui applique le bord cubital de sa main sur la ligne médiane pour éviter la transmission de la chiquenaude par la paroi



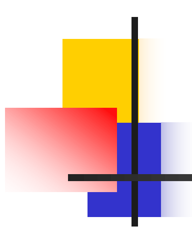
- **Percussion:**

  - **Matité:**

    . Déclive, franche, hydrique

    . Siege: hypogastre et flancs

    . Concave vers le haut avec une sonorité periombilicale



- **Touchers pelviens:**

femme: toucher vaginal

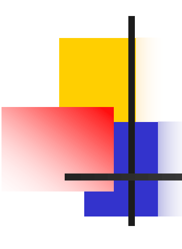
. Refoulement des culs de sac vaginaux qui sont bombés et rénitents

. Abaissement de l'utérus qui est anormalement mobile

Homme: toucher rectal

. Cul de sac refoulé, bombé, rénitent

Type d'ascite	Inspection	Palpation	Percussion
Petite abondance	En règle normale	Pas de renseignement	Matité légère, déclive, mobile Flancs: décubitus latéral Periombilicale: genu pectorale
Moyenne abondance	Patient debout: obusier: récente rapide besace: ancienne lente Patient couché: ventre de batracien Ombilic déplissé Peau tendue, amincie, luisante Circulation veineuse collatérale	Sensation de résistance souple et élastique S. Glaçon +/- S.flot +	
Grande abondance	Abdomen énorme Ombilic retourné en doigt de gant Peau tendue, amincie, luisante Présence de vergeture Œdèmes infiltrants des membres inferieurs Circulation veineuse collatérale	Sensation de résistance extrême L'examen du foie et de la rate est impossible Signe de flot négatif	Matité de tout l'abdomen, franche, hydrique Pas de déclivité Pas de mobilité

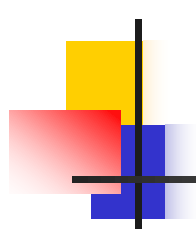


Ponction d'ascite

Exploratrice

- Elle apport la certitude surtout dans les ascites peu volumineuses (ponction exploratrice)
- Elle permet de présumer l'étiologie
- Elle doit être réalisée de façon aseptique en pleine matité, de préférence a gauche au niveau **du tiers externe de la ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque antérosupérieure**
- Elle précise la **couleur** du liquide d'ascite(jaune citrin, trouble, hémorragique, chyleux), sa **composition cytologique**, ses caractères **biochimiques**


Photo : Gwendal Galesne



Cytologie:

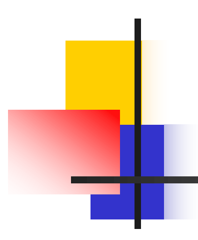
-Leucocytes <500 dont 250 PNN, >1000 Dont 70% Lym (liquide lymphocytaire)

-Globules rouges< 1000/mm3

Anapath: recherche de Cellules néoplasiques

Bactériologie:

- Recherche de BK
- Culture sur milieux standards et ½ spécifiques



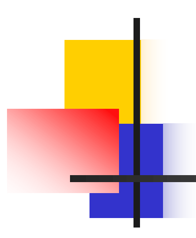
Biochimie:

- **Protides:** <25g/l : transsudat
  >25g/l : exsudat , la limite peut varier selon les auteurs entre 20-30g/l

- **Amylase:** A ascitique/A sérique>1: origine pancréatique

- **Lipides:** > 1g/l dont + 75% de TG: ascite chyleuse

- **LDH** ascitique/ sérique>1: néoplasie péritonéale



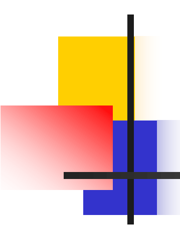
- **Ponction évacuatrice:**

  - Ascite volumineuse responsable d’une tension musculaire douloureuse

  - Gène respiratoire

  - Menace de rupture ombilicale

  - Menace d’étranglement herniaire

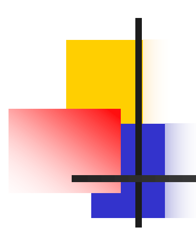


Diagnostic différentiel

- **Avant ponction:**

  - Gros abdomen de l'obèse
  - Météorisme abdominal mais l'abdomen est tympanique
  - **Globe vésical:** masse central mate à sonorité périphérique disparaissant sous sonde urinaire
  - **Kyste de l'ovaire:** matité a limite supérieure convexe vers le haut, signe de la règle négatif, le toucher combiné permet de trancher

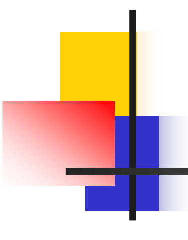
Il n'y a pas dans tous les cas de déplissement de l'ombilic



- **Après ponction:**

  - L'accident de ponction va donner un liquide hématique qui s'éclaircit en cours de ponction
  - La ponction blanche n'exclut pas le diagnostic

La ponction peut être en effet difficile en raison du volume de l'ascite qui est peu important ou des adhérences qui cloisonnent la cavité péritonéale

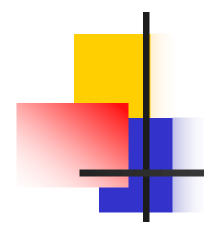


Étiologies

3 situations:

- Cause évidente :cardiaque, rénal, hépatique
- Ascite isolée laparoscopie
- Ascite dont la cause est à rechercher

Cirrhose

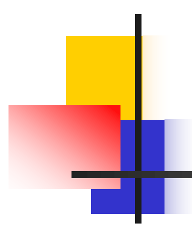


- Cause la plus fréquente d'ascite
- [redacted]
- Ascite libre, abondante
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire, signes d'HTP)
- Liquide jaune citrin, transsudat, pauci cellulaire

Si hémorragique: CHC ou troubles de la coagulation

Si exsudat: infection, ou carcinome hépatocellulaire

Infection du liquide d'ascite



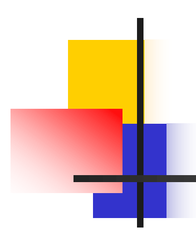
- Grave
- Favorisée par un taux de protides < 10g/l dans liquide
- Évoquée devant : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée,
- Vomissements,encéphalopathie hépatique

- Liquide: Louche, purulent
  - Taux de protides variable;pn > 250/mm
  - Bactériologie:examen direct et ascicultures:germesBGN

- Traitement précoce : fluoroquinolones
- acide clavulinique, amoxicilline
- Puis adapter en fonction de l'antibiogramme

- Prevention si taux de protides < 10g/l norfloxacine 400mg/j

Trt de l'ascite du cirrhotique



But: Assécher l'ascite en obtenant une perte de poids de 500g/j

MOYENS:

Règles hygiéno-diététiques:repos au lit,régime hyposodé

Diurétiques: distaux : spirinolactone cp 75-100mg

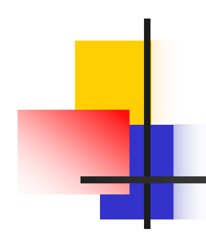
proximaux : furosémide cp 40mg

Paracentèses massives jusqua 5litres(sous perfusion d'albumine)

Shunts peritoneo-jugulaire

Transplantation hépatique

Maladies cardiaques

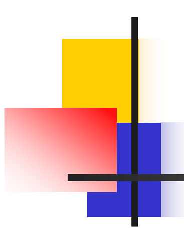


- Insuffisance cardiaque droite
- Péricardite constrictive

Hépatalgies d'effort, turgescence des jugulaires, reflux hepato jugulaire, HPM douloureuse

Liquide pauci cellulaire,Tx de protides entre 20 et 40mg

Telethorax, ECG, Echocardio



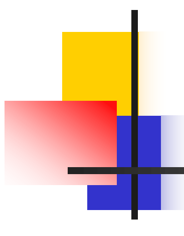
Anasarques

Compliquent une hypoalbuminemie

- Malnutrition sévère
- Entéropathie exsudative
- Sd nephrotique :anasarque avec oedemes proximaux(mains ,visage)

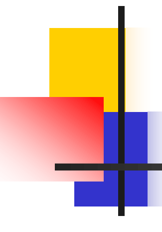
liquide jaune citrin,transsudat

albuminémie < 30g/l avec protéinurie> 3g/24h



Ascites exudatives

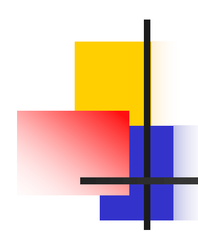
- TUBERCULOSE PERITONEALE
- CAUSES TUMORALES
- CAUSES PANCREATIQUES
- MYXOEDEME
- ASCITE CHYLEUSE



Tuberculose péritonéale:

- Terrain: - jeune fille ou jeune femme
  - Notion de contage
- Signes d'imprégnation tuberculeuse
- Ascite isolée: sans signes d'HTP, ni IH cellulaire, ni tumeur abdominale.
- Biologie: - IDR à la tuberculine (+)
- - Ponction: liquide exsudatif, riche en albumine 30g/l
- * Riche en cellules > 1000/m3 70% lymph
- * ADA: adénosine désaminase (+) spécifique.
- - Bacterio: BK n'est pas retrouvé à l'examen direct car
- pauci bacillaire
  - ✓ Culture sur milieu de lowenstein

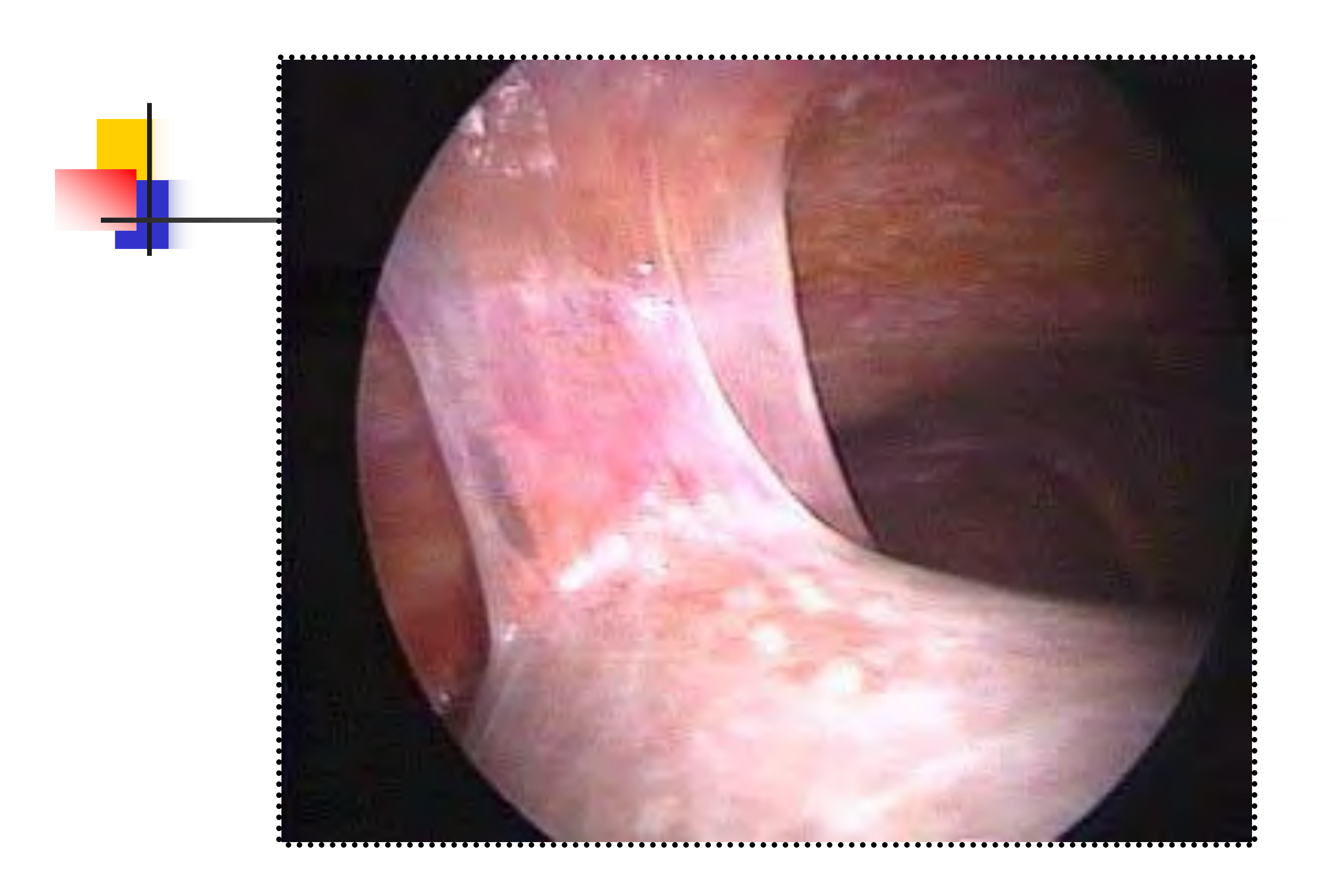
LAPAROSCOPIE: +++

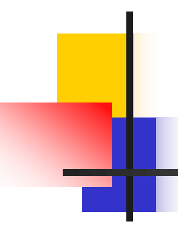


Inflammation diffuse du péritoine

- Granulations blanchâtres, petites parfois confluentes sur les 02 feuillets péritonéaux
- Adhérence entre les 02 feuillets péritonéaux
- Bx: follicule de koester.

- TRAITEMENT: schéma national anti tuberculeux RHZ / RH

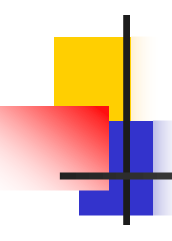




Tumeurs du péritoine

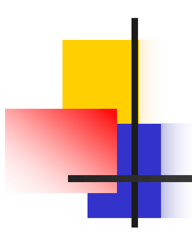
PRIMITIVES : Mesothelium primitif du péritoine

SECONDAIRES : Carcinose péritonéale



Carcinose péritonéale IIaire

- Cause la plus fréquente d'ascite d'origine péritonéale
- le Cancer IF est: digestif, ovarien.
- 02 cas de figures:
- - Kc If, connu
- - Carcinose révélatrice de la tumeur primitive
- Clinique: - Ascite, douleurs abdominales, , nausées,VMS,
  - syndrome occlusif
  - AEG.
- Ascite intarissable: qui se reconstitue rapidement



- **Ponction :** **liquide exsudatif, Cellules cancéreuses parfois retrouvées.**

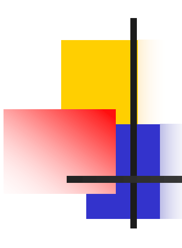
- **DC facile si**
  - **Kc déjà connu**
  - **Cellules tumorales dans le liquide d'ascite**
- **Sinon : la laparoscopie avec biopsies permet de faire le DC**

- **TRT :**

*** Symptomatique : ponctions**

*** Chimio thérapie, chimio hyperthermie locale**

Etiologie	Tableau évocateur
Hypertension portale	Consommation excessive d'alcool, ATCD d'hépatite, prise médicamenteuse prolongée SP: HPM dure, SPM, CVC, angiomes stellaires, liquide jaune citrin transsudatif (<20g/l) **Causes:** Cirrhose, Sd budd chiari, Thrombose de la VCI, Ice cardiaque, péricardite constrictive, le Kc secondaire du foie, thrombose et compressions portes
Ascite néoplasique	ATCD: Kc, troubles digestifs associés, nodules péritonéaux palpables Liquide citrin, chyleux, ou hémorragique, exsudat>40g/l, MEE de C néoplasiques Dc de certitude: laparoscopie Causes: Tm ovarienne, Tm digestives(estomac, pancréas, colon), Kc hépatique
Ascite tuberculeuse	Notion de contage tuberculeux, signes d'imprégnation tuberculinique Souvent polysérite (plèvre, péricarde), liquide citrin ou trouble, exsudat>40g/l Dc: examen direct et culture sur ½ de loewenstein
Ascite pancréatique	ATCD: pancréatite chronique, ascite modérée, moyenement riche en protide **Très riche en amylase : confirmation diagnostique**
Ascite chyleuse	Liquide lactescent traduisant la richesse en lipides>1g/l, 75% de TG Causes: Compression, traumatisme ou obstruction des lymphatiques abdominaux, entéropathies exsudatives, rarement: maladies pancréatiques, cirrhose du foie
Causes rares	Sd de Demons Meigs: association d'une ascite transsudative+ep pleural+ Tm bénigne de l'ovaire Les maladies générales, le syndrome néphrotique



Conclusion

- La cirrhose, la carcinose et la tuberculose péritonéale représentent 90 % des causes d'ascite.
- L'interrogatoire, l'examen clinique minutieux, la ponction exploratrice de l'ascite font la clé de la démarche diagnostique.
- Le dosage des protides dans l'ascite permet de distinguer les transsudats avec un taux de protides < 25 g/L et les exsudats avec un taux de protides > 25 g/L
- L'ascite de la cirrhose est un transsudat et l'ascite de la tuberculose, de la carcinose péritonéale est un exsudat